

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

N°

138

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR
Paul LIER

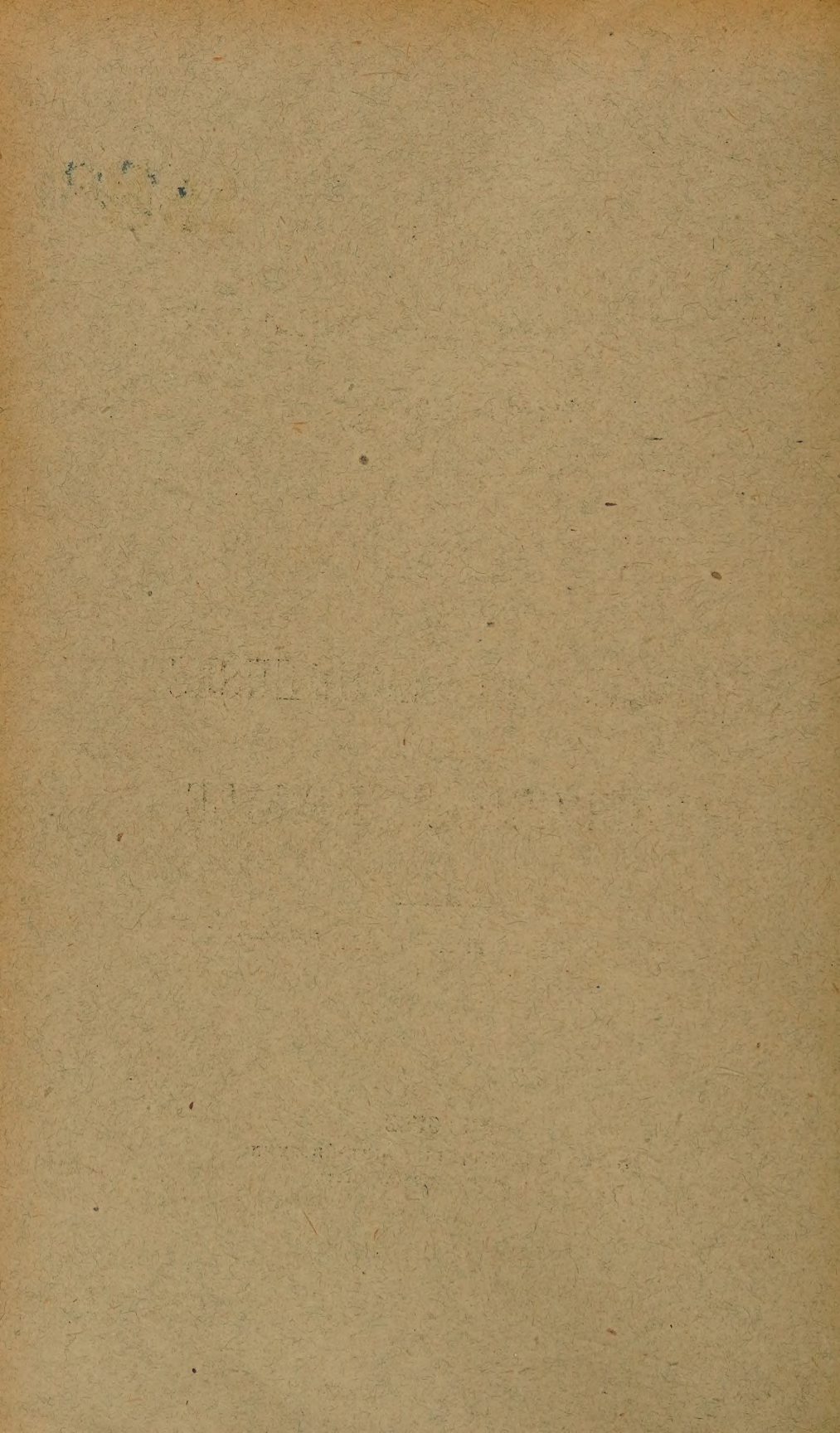
Né à Castelnau-Magnoac (Hautes-Pyrénées), le 22 Juin 1894
Externe des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE
SUR LES
FORMES DOULOUREUSES
DE LA
TUBERCULOSE RÉNALE

M. le Professeur Pierre DUVAL, *Président*

TOULOUSE
E. H. GUITARD, LIBRAIRE-ÉDITEUR
Ancienne Librairie MARQUESTE

1921



198

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

N°

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR
Paul LIER

Né à Castelnau-Magnoac (Hautes-Pyrénées), le 22 juin 1894
Externe des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE
SUR LES
FORMES DOULOUREUSES
DE LA
TUBERCULOSE RÉNALE



M. le Professeur Pierre DUVAL, *Président*

TOULOUSE
E.-H. GUITARD, LIBRAIRE-ÉDITEUR
Ancienne Librairie MARQUESTE

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	N...
Pathologie chirurgicale.	N...
Anatomie pathologique.	LETULLE.
Histologie.	PRENANT.
Opérations et appareils.	DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER.
	ACHARD.
Clinique médicale.	WIDAL.
	CHAUFFARD.
	GILBERT.
	MARFAN.
	N...
Hygiène et clinique de la première enfance.	DUPRÉ.
Clinique de la maladie des enfants.	JEANSELME.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	P. MARIE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET.
Clinique des maladies contagieuses.	LEJARS.
	HARTMANN.
Clinique chirurgicale.	GOSSET.
	De LAPERSONNE.
Clinique ophtalmologique.	LEGUEU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	BAR.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	J.-L. FAURE.
Clinique gynécologique.	BROCA Auguste.
Clinique chirurgicale infantile.	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique.	SEBILEAU.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	

AGRÈGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI.	DUVOIR.	LARDENNOIS.	RATHERY.
ALGLAVE.	FIESSINGER.	LE LORIER.	REITTERER.
BASSET.	GARNIER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BAUDOUIN.	GOUGEROT.	LEQUEUX.	RICHAUD.
BLANCHETIÈRE.	GREGOIRE.	LEREBoullet.	ROUSSY.
BRANCA.	GUENIOT.	LERI.	ROUVIERE.
CAMUS.	GUILAIN.	LEVY-SOLAL.	SCHWARTZ.
CHAMPY.	GUILLEMINOT.	MATHIEU.	TANON.
CHEVASSU.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TERRIEN.
CHIRAY.	JOYEUX.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
CLERC.	LABBÉ (Henri).	MULON.	VILLARET.
DEBRE.	LAIGNEL-LAVASTINE.	OKINCZYC.	
DESMAREST.	LANGLOIS.	PHILIBERT.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

*En témoignage de ma profonde
affection et de ma sincère reconnaissance.*

A MES FRÈRES

A MES PARENTS, A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, respectueux hommage.

A NOTRE MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARION

*Qui nous a inspiré l'idée de ce
travail, hommage de notre respec-
tueuse gratitude pour l'enseigne-
ment que nous lui devons, et la bien-
veillance qu'il nous a toujours
témoignée.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

Stage bénévole :

M. le Docteur MICHAUX.

M. le Docteur FAISANS.

M. le Docteur DALCHÉ.

M. le Docteur FLORAND.

Externat :

M. le Professeur DEBOVE, *in memoriam*.

M. le Docteur BOULLOCHE.

M. le Docteur SOULIGOUX.

M. le Professeur agrégé DÉMELIN.

M. le Docteur DEVRAIGNE.

M. le Professeur agrégé MARION.

A MM. les Docteurs HENRI, LIAN, LEBRUN

A M. LE DOCTEUR F. CATHELIN

AVANT-PROPOS

Maintes fois, pendant le séjour que nous avons eu le bonheur de faire comme externe dans son service à Lariboisière, notre maître M. MARION a attiré notre attention sur cette modalité clinique de la tuberculose rénale, si curieuse et assez fréquente, que constituent les formes douloureuses. Nous ne contesterons pas la légitimité de l'opinion classique : que l'absence ou le peu d'intensité de la douleur du rein se rencontrent dans la grande majorité des cas de tuberculose de cet organe. Mais nous pensons qu'à cette vérité d'observation il y a des exceptions trop nombreuses pour qu'il soit permis d'admettre que la douleur rénale puisse, de par son intensité même, être, dans certains cas douteux, un élément propre à faire abandonner l'idée d'une bacillose. L'erreur de diagnostic, et partant l'erreur de traitement, sont si graves en pareille matière qu'il nous a paru intéressant d'apporter notre contribution à l'étude d'une question

malheureusement méconnue de beaucoup de praticiens.

Tel est l'objet de ce travail, au cours duquel nous nous inspirerons souvent de l'enseignement écrit de notre maître et de l'enseignement clinique qu'il nous a si généreusement dispensé.

Il nous paraît utile, avant d'aborder le sujet qui nous occupe, de le placer dans son cadre, et de faire précéder l'étude des formes douloureuses de la tuberculose rénale, d'un exposé, aussi succinct que possible, des différentes formes cliniques de cette affection.

FORMES CLINIQUES

DE LA TUBERCULOSE RÉNALE

La tuberculose rénale se présente sous un certain nombre d'aspects cliniques, de fréquence très inégale, et qu'il importe de bien connaître si l'on ne veut laisser errer le diagnostic, lorsqu'en particulier aucun symptôme n'attire spécialement l'attention du côté du rein.

a) L'une de ces formes est tellement fréquente qu'on peut la considérer comme réalisant le tableau habituel : c'est la forme *vésico-rénale* qui, à elle seule, comprend la grande majorité des cas.

C'est le plus souvent, en effet, pour des phénomènes de cystite que le malade vient consulter, cystite que l'on reconnaît à la classique triade symptomatique : pollakiurie diurne et nocturne, dysurie surtout marquée à la fin de la miction, pyurie. Cette cystite a pu débiter sans cause; une ou plusieurs hématuries l'auront d'autres fois précédée; ou bien une polyurie claire aura été le premier symptôme. Quelquefois les urines, d'abord

claires, se seront troublées par l'émission soudaine d'une grande quantité de pus, constituant le symptôme de la vomique rénale.

Au niveau du rein, on note une douleur spontanée fugace, et de la douleur provoquée aux points classiques. Très souvent l'un des reins est augmenté de volume, bien que le rein tuberculeux ne soit pas un très gros rein, et que la périnéphrite soit nulle ou peu marquée au cours de la tuberculose rénale.

b) Dans la deuxième forme, très fréquente aussi, la *forme vésicale*, ce sont encore des phénomènes vésicaux qui attirent l'attention des malades. Ces troubles sont indépendants de toute manifestation rénale, de toute douleur aux points urétéraux. Mais la tuberculose vésicale primitive n'existe pour ainsi dire pas, et si l'examen des organes génitaux ne donne pas la clef du problème, on doit la trouver du côté du rein, et le cathétérisme fera le diagnostic.

c) Des douleurs rénales, une augmentation de volume du rein, des urines purulentes, de la fièvre parfois, tels sont les symptômes de la *forme pyélonéphrétique*. Ce sont ceux d'une infection rénale banale, mais le début insidieux de l'affection doit éveiller l'idée d'une origine bacillaire.

d) Nous ne ferons que signaler ici la *forme douloureuse*.

e) L'hématurie peut, quelquefois, être si abondante ou si fréquente, qu'elle constitue la *forme hématurique*, dangereuse dans certains cas au point de nécessiter l'intervention. Et cette forme

fera souvent croire au cancer ou à la néphrite hématurique.

f) Nous citerons encore la *forme néoplasique*, exceptionnelle, où la tuméfaction rénale est le symptôme prédominant.

g) Et enfin cette autre forme particulière qui se traduit par l'*incontinence d'urine*. Ce n'est pas une fausse incontinence par absence de capacité vésicale, mais une incontinence vraie, avec capacité vésicale très satisfaisante. C'est une forme assez connue chez les enfants pour que beaucoup d'incontinents infantiles puissent être considérés comme atteints d'une tuberculose urinaire encore mal caractérisée.

FORMES DOULOUREUSES DE LA TUBERCULOSE RÉNALE

DÉFINITION. — FRÉQUENCE

Par formes douloureuses de la tuberculose rénale, il faut entendre les modalités de cette affection où la douleur rénale arrive, par sa continuité, sa fréquence, ou son intensité, à dominer à un tel point le tableau symptomatique qu'elle en constitue le phénomène essentiel, quels que soient les symptômes accessoires dont elle peut d'ailleurs s'accompagner.

C'est dire que ne rentrent pas dans son cadre ces crises douloureuses (dont nous avons pu voir quelques exemples) qui ne surviennent qu'à titre épisodique dans certains cas de tuberculose rénale, en sorte que leur présence ne suffit pas à individualiser un tableau clinique où elles ne jouent que le rôle d'épiphénomènes. Nous ne donnerons de ces faits qu'un exemple (observation XV), assez net d'ailleurs pour qu'il puisse être considéré à la limite de la forme douloureuse.

Quelle est la fréquence du type morbide ainsi défini ?

RAFIN (Mode de début de la tuberculose rénale, in *Journal d'Urologie*, tome I, n° 6), dans une statistique qui comprend 160 cas, où il put avoir le contrôle de la néphrectomie, trouve une proportion de 19,37 %. Mais il s'agit là d'un mode de début, de formes passagères, dont beaucoup, dans la suite, ont évolué vers un autre type (voir notre observation XIV). F. CATHELIN, sur 200 néphrectomies, a trouvé 10 cas de forme douloureuse, soit une proportion de 5 %. Nos statistiques personnelles dans le service de M. MARION nous donnent un chiffre plus élevé : sur 140 cas de tuberculose rénale (dont un seul non suivi de néphrectomie, observation XVIII, à cause de la bilatéralité des lésions, et dont nous ne tenons pas compte dans nos calculs), nous avons trouvé 18 fois la forme douloureuse, soit une proportion de 12,85 %.

SYMPTOMATOLOGIE. — ÉVOLUTION

Il s'en faut que la douleur se présente toujours avec un aspect identique au cours des formes douloureuses de la tuberculose rénale. Variables également sont les symptômes qui lui sont associés. Aussi, pour la commodité de la description, envisagerons-nous d'abord les modalités de la douleur, pour l'étudier ensuite dans ses rapports avec les phénomènes qui lui font habituellement cortège.

I. *La douleur.* — A) Dans un premier groupe de cas, le plus restreint, puisque nous n'en trouvons que 5 exemples (observ. VII, IX, X, XII, XVIII), sur 18 observations, la douleur existe à l'état continu. Débutant par une crise brusque, ou ayant augmenté progressivement jusqu'à son acmé, il est rare qu'elle présente toujours la même intensité. Et l'on se trouve le plus souvent devant un état douloureux, entrecoupé à intervalles variables de paroxysmes très violents, dont la durée est également très variable.

B) Dans un deuxième groupe de faits, de beaucoup le plus important, et que l'on peut considérer comme réalisant le tableau habituel, c'est par des crises douloureuses extrêmement pénibles, survenant brusquement après des périodes d'accalmie complète, que se caractérise l'affection.

Parfois le malade aura éprouvé, pendant quelques mois ou quelques années auparavant, des sensations anormales au niveau du rein, qu'il rapportait à la fatigue, au froid, à une affection rhumatismale. Plus souvent, c'est au milieu des apparences d'une santé jusque là parfaite que la première crise éclate brusquement. Elle revêt un tel aspect qu'elle rappelle absolument la crise de coliques néphrétiques, et qu'elle en impose aussitôt pour une néphrolithiase.

La douleur, atroce d'emblée, arrache des cris au malade, qui la compare à une sensation de torsion, de constriction, de déchirement, aux douleurs de l'accouchement. Siégeant constamment dans la région lombaire, elle y reste rarement localisée sauf

quelquefois au cours des premières atteintes), et présente des irradiations variées : irradiations en ceinture, vers l'hypocondre du même côté; mais surtout irradiations vers la vessie, le long de l'uretère, sur le trajet duquel la pression l'exaspère. Elle se propage vers l'aîne, jusqu'au testicule, qu'on trouve rétracté vers l'anneau, jusque dans la cuisse, et nous avons vu un cas (observ. I) où, suivant le trajet du sciatique, elle parcourait la face postérieure de la cuisse, les faces postérieure et externe de la jambe, pour aboutir au talon.

Elle s'accompagne de réflexes douloureux de l'appareil urinaire. C'est le *réflexe réno-urétéral*, à peu près de règle, que nous avons déjà décrit. Le *réflexe réno-rénal*, par propagation de la douleur au côté sain, est beaucoup plus rare : notre malade de l'observation VIII a longtemps présenté des phénomènes douloureux des deux côtés de la région lombaire, avant que la douleur affectât particulièrement le rein malade. Par contre, on voit se manifester souvent le *réflexe réno-vésical*. C'est un phénomène purement dynamique, indépendant de toute lésion du réservoir, et qui donne lieu à des troubles particulièrement pénibles. La cystalgie, plus ou moins vive, quelquefois atroce, éveille ordinairement la sensation d'une brûlure. Les besoins d'uriner deviennent extrêmement fréquents, impérieux, et n'aboutissent, après de pénibles efforts, qu'à l'émission de quelques gouttes ou de quantités infimes d'urine. Rarement on assistera à des crises de rétention nécessitant un sondage.

Le *réflexe réno-vésical* était si accusé dans une

de nos observations (V), que pendant les premières crises d'un état de mal qui dura trois semaines, la douleur affectait uniquement la vessie, avec propagation dans l'uretère, à l'exclusion de toute localisation rénale, bien que la malade ne présentât aucune lésion vésicale, ainsi que la cystoscopie le démontra plus tard.

Des douleurs réflexes peuvent encore intéresser l'urèthre, et se propager jusqu'au méat.

Les nausées, les vomissements alimentaires et bilieux qui complètent souvent la scène, relèvent de troubles réflexes du sympathique abdominal.

Assez souvent nous avons noté, à la fin des crises, une hématurie totale plus ou moins abondante.

La fièvre est exceptionnelle.

Une polyurie abondante, avec urines particulièrement troubles, marque, au bout d'un temps variable de une demi-heure à six ou sept heures, la fin brusque des phénomènes douloureux. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on assistera à l'émission de sables, de graviers ou de débris organiques.

L'apparition des crises semble parfois influencée par la fatigue, le mouvement, le travail digestif; mais on les voit aussi fréquemment survenir en dehors de toute cause occasionnelle.

Elles se produisent le plus souvent une fois dans les vingt-quatre heures (bien que nous les ayons vues exceptionnellement procéder par accès subintrants) et peuvent se répéter ainsi pendant trois à cinq jours, parfois dix jours, et jusqu'à trois semaines ou un mois. Des périodes d'accalmie com-

plète, avec disparition absolue de la douleur rénale, marquent l'intervalle des crises, qui se reproduisent après des intermittences variant de un ou plusieurs mois à quinze jours ou même moins. Habituellement, les accalmies se font moins complètes dans les dernières étapes de l'affection et une douleur sourde tend à persister entre les crises devenues parallèlement plus fréquentes; douleur que la palpation des points classiques rénaux et urétéraux met aussitôt en évidence.

II. *Groupements symptomatiques.* — a) Il est exceptionnel que la tuberculose rénale douloureuse se manifeste uniquement par l'élément douleur. Ce type existe cependant, et nous avons vu un cas (observ. I) où les urines, fortement troubles après les crises par décharge du bassin, étaient absolument limpides dans l'intervalle des crises : le malade souffrait et n'accusait pas d'autre trouble.

Les paroxysmes douloureux étaient aussi un phénomène isolé dans le cas publié par LOUMEAU (voir page 21). Et nous citerons encore les deux cas de Th. ROSVING (*La tuberculose du rein*, in *Revue Clinique d'Urologie*, mai 1913, p. 263), où les malades ne présentaient que des crises douloureuses du rein gauche, avec cependant en plus, pour l'un d'eux une albuminurie intermittente.

Mais dans la quasi-généralité des cas, des symptômes associés viennent compléter le tableau :

b) *Pyurie et douleur* forment l'association la plus fréquente. D'abord légèrement troubles entre les crises, les urines se chargent de plus en plus, à

mesure que l'affection fait des progrès. Mais c'est surtout dans les heures qui suivent la fin des crises douloureuses que la pyurie est particulièrement accentuée. On peut noter aussi une légère pollakiurie. Mais la cystoscopie ne révèle pas de lésions vésicales.

c) Dans un troisième type, à la *douleur* et à la *pyurie*, viennent s'ajouter, à la longue, des phénomènes de *cystite*. La pollakiurie est plus ou moins marquée, ainsi que la dysurie et la douleur après la miction. Tous ces troubles passent par un maximum au moment des paroxysmes douloureux et dans les jours qui suivent. La cystalgie était permanente, et si vive, dans notre observation VIII, qu'elle condamnait la malade au lit.

La cystoscopie montre dans ces cas des lésions spécifiques.

Enfin, dans les trois types, on peut noter rarement certains phénomènes surajoutés : hématuries, d'ordinaire peu abondantes, émissions de sables ou de débris divers, crises de rétention.

L'évolution ne diffère pas de celle des autres formes cliniques de la tuberculose rénale.

MÉCANISME

LOUMEAU publiait en 1909 (in *Journal de Médecine de Bordeaux*, p. 633), sous le titre de *Tuberculose rénale à forme paroxystique*, un cas de néphrectomie où le rein, petit et rouge, présentait à la coupe une caverne du volume d'un pois, et une infiltration tuberculeuse généralisée, circonscrite par de larges bandes de sclérose. Il voyait là un processus de défense, une forme en voie de guérison spontanée, mais où malheureusement l'intensité des phénomènes douloureux avait nécessité l'intervention; et il attribuait ces paroxysmes à des poussées congestives dans les territoires bacillaires, la sclérose environnante entravant l'amplication du parenchyme rénal. C'est là un mécanisme tellement rare que nous nous bornerons à le signaler.

On a quelquefois invoqué le passage dans l'urètre de débris caséux, de bouchons muqueux, voire de caillots sanguins, mais de tels faits sont exceptionnels. Nous avons pour notre part trouvé deux exemples (observ. I et VIII) de l'émission,

après la crise, de débris de cette nature. Mais le fait que cette coïncidence ne s'est produite qu'une fois au cours d'affections à crises multiples, susceptibles d'ailleurs (observ. I en particulier) d'une explication plus satisfaisante, nous paraît être une preuve suffisante de la rareté de ce mécanisme.

Assez souvent, et CATHELIN a pu voir des faits de cette nature, les douleurs correspondent à l'existence de menus calculs ou de crétifications dans le parenchyme rénal ou dans les cavernes. Tilden Brown parle de malades expulsant sous forme de graviers leurs tubercules rénaux crétifiés. Deux de nos malades (observ. XI et XVII) émettaient après leur crise des sables ou de petits graviers, soit que (observ. XVII) la tuberculose parût s'être greffée sur une néphrolithiase, soit qu'il s'agît de dépôts phosphatiques secondaires. Dans un autre cas (observ. II) que nous avons observé avec notre camarade et ami, le docteur Danziger, et qui figure dans sa thèse inaugurale (1), le rein présentait une caverne dont les parois crétifiées circonscrivaient une masse dure qui se réduisait en boue à la pression, et qui avait donné à la radiographie deux ombres caractéristiques.

Mais il est un mécanisme que nous nous attacherons à mettre particulièrement en lumière, parce qu'il nous paraît s'appliquer à la plupart des faits : il consiste dans des *réentions urinaires* ou

(1) DANZIGER. Des erreurs de diagnostic que peut entraîner l'interprétation des radiographies au sujet des calculs du rein. (ARNETTE 1920).

purulentes au niveau des cavernes et du bassinnet, dont nous établirons la réalité avant d'en étudier les causes.

Réalité de ce mécanisme. — Dans un très grand nombre de nos observations, les malades ont pu remarquer que leurs urines devenaient, à la fin des crises, particulièrement troubles, parfois même boueuses (observ. V), déposant abondamment, et qu'elles s'éclaircissaient entre les crises; comme si les paroxysmes douloureux correspondaient à des phases de rétention, tandis qu'une décharge urinaire entraînait la fin des troubles (observ. XVI). Notre observation I est caractéristique à ce point de vue, puisque dans l'intervalle des crises les urines du malade, que nous avons pu vérifier pendant son séjour à l'hôpital, étaient absolument limpides.

Plusieurs fois le cathétérisme urétéral nous a montré l'existence de ces rétentions. En abordant le bassinnet de notre malade I la sonde urétérale gauche donne issue à 50 c. c. de liquide purulent et caséux. Dans l'observation XIX, un premier essai de cathétérisme de l'uretère droit est infructueux; un deuxième essai douze jours plus tard est tenté avec succès, et la sonde poussée jusqu'à 20 centim. laisse s'écouler plus de 100 c. c. de pus. Dans l'observation XX, c'est une rétention de 40 c. c. de pus que le cathétérisme urétéral gauche met en évidence.

L'examen des reins après néphrectomie nous fournit des données précises sur le siège de ces rétentions. Le bassinnet est dilaté dans les observa-

tions I, XX, XXI; il est épaissi, d'aspect tomenteux et obstrué, dans l'observation XII. Un tubercule abcédé ouvert dans le bassinnet se rencontre dans l'observ. V. Enfin, dans plusieurs autres cas, nous trouvons des cavernes à communication plus ou moins large avec le bassinnet.

Causes des rétentions. — C'est dans les altérations de la paroi urétérale qu'on trouvera, le plus souvent, la cause de la rétention. Car l'urétérite tuberculeuse est, suivant le mot d'Albarran, la « compagne habituelle du rein phymateux ».

L'obstruction peut siéger à l'embouchure de l'urètre dans le bassinnet (observ. XII). On la rencontre plus souvent dans sa continuité: l'urètre est imperméable à la sonde dans nos observations III et VI, il est imperméable au cours d'un premier essai dans les observations VII et XIX. ESCAT cite un exemple (in *Marseille-Médical*, 1^{er} mars 1910) où les douleurs étaient conditionnées par l'existence d'une rétention urétéro-rénale que la cystoscopie lui montra résulter de l'oblitération partielle du méat urétéral par un foyer tuberculeux siégeant au niveau de l'urètre intra-vésical.

Dans quelques cas, la rétention est produite non plus par des lésions pariétales, mais par des coudures de l'urètre arrivant à obstruer sa lumière: c'est le cas de l'observ. XIX, où l'urètre est coudé, et dilaté en amont de la coudure. Peut-être une coudure semblable compliquait-elle la ptose rénale de notre malade XIII, dont la néphrectomie montrait un rein détruit par des lésions ulcéro-caséeu-

ses, quelques mois après qu'à l'hôpital Tenon on avait porté le diagnostic de rein mobile.

Il nous suffira de signaler comme autre cause possible de rétention pyélo-rénale l'existence, au niveau du bassinet, d'un vaisseau anormal.

Enfin, c'est au niveau des cavernes même qu'il faut parfois chercher la cause de la rétention. A la Société de Chirurgie de Marseille, Escat présentait, le 13 novembre 1913 (in *Marseille-Médical*, n° 1) deux reins tuberculeux, avec cavernes donnant lieu à des évacuations intermittentes. Chez un de ces malades, la caverne restait plus de dix jours sans donner lieu à des débâcles, et pendant ce temps l'urine était limpide. Dans les deux cas, le cathétérisme des uretères n'avait pas décelé de pus dans l'urine du rein malade, bien que la sonde eût été maintenue en place pendant six heures.

DIAGNOSTIC

Nous ne discuterons pas le diagnostic différentiel avec les pseudo-coliques néphrétiques de la fièvre intermittente, des affections du duodénum et de l'aorte thoracique ou abdominale. Dans pour ainsi dire tous les cas, ce diagnostic est à faire avec la *néphrolithiase*. Nous ne saurions en effet trop insister sur ce fait que les malades se présentent avec l'aspect de lithiasiques. C'est donc à la calculose que le médecin non averti pensera constamment; c'est elle que devra d'abord éliminer le médecin qui sait qu'une bacillose peut évoluer sous le masque de la lithiase.

L'examen général du malade, la découverte dans ses antécédents d'une poussée de tuberculose osseuse, viscérale ou ganglionnaire, constitueront souvent de précieux indices; surtout la présence, chez l'homme, de noyaux épидидymaires ou prostatiques, d'une déférentite ou d'une vésiculite bacillaires.

Au début de la maladie, l'existence entre les cri-

ses d'une *pollakiurie*, sans cystite, fera penser à la bacilliose; car cette pollakiurie, due à un réflexe réno-vésical, ne s'observe guère dans la lithiasie qu'au moment des crises. On notera de même avec soin la présence possible de la *polyurie*, également réflexe, que ROBIN a dénommée pré tuberculeuse : elle peut, d'ailleurs, s'accompagner de la pollakiurie. Sa valeur diagnostique est d'autant plus grande qu'on ne la rencontre dans la calculose que lorsqu'existent les lésions de la « néphrite diathésique » d'Albarran. Ces lésions sont constantes chez les lithiasiques, mais elles mettent un certain temps à se constituer, en sorte que la polyurie calculieuse n'a jamais le caractère prodromique de celle de la tuberculose.

La *pyurie*, à peu près constante et précoce dans la tuberculose douloureuse, où il faut la dépister dès le stade de prétendue albuminurie, n'est qu'une complication de la lithiasie, liée à des infections secondaires.

L'*hématurie* est assez rare dans la forme douloureuse de la tuberculose rénale. Elle s'y rencontre le plus souvent après la crise, bien que nous l'ayons vue quelquefois jouer le rôle de signal-symptôme. Elle n'affecte pas, quand elle survient en période d'accalmie, une allure différente de celle qui complique les autres formes de la bacilliose : surtout fréquente et abondante au début, elle devient de plus en plus rare, se produisant spontanément, aussi bien de nuit que de jour, non douloureuse, non atténuée par le repos. Elle se distingue donc de l'hématurie calculieuse, ordinairement

peu considérable, augmentant avec la durée de la maladie, directement influencée par le mouvement et qui accompagne plus constamment les crises douloureuses de la lithiase.

Ni les caractères de la *douleur*, ni ses rapports avec l'activité physique, les repas, ni ses points d'élection, ne fourniront d'élément intéressant pour le diagnostic. Mais l'*émission de sables ou de graviers*, exceptionnelle dans la tuberculose douloureuse, permettra d'affirmer la néphrolithiase, à condition d'y joindre le contrôle d'une radiographie faite dans de bonnes conditions, et à laquelle on devra systématiquement recourir, même quand le diagnostic de bacillose paraît s'imposer. Il peut se faire que des crétifications ou des dépôts phosphatiques secondaires dans une cavité donnent des ombres sur la plaque radiographique; mais un œil tant soit peu exercé distinguera ces ombres à leur teinte sans uniformité, à l'irrégularité et au peu de précision de leurs contours.

La coexistence, d'ailleurs rare, de la lithiase et de la tuberculose, sera facilement éliminée par les inoculations d'urine au cobaye.

Si rien ne permet de conclure à la calculose, il faut, sans tarder, démasquer la tuberculose. L'examen histo-bactériologique du culot urinaire, la cystoscopie, les inoculations au cobaye, et, après cathétérisme urétéral, l'étude des éliminations chlorurées et azotées des deux reins séparés, permettent d'arriver à la certitude.

TRAITEMENT

La médication analgésique banale sera tentée contre les phénomènes douloureux quand ils deviendront trop intenses.

Mais il importe avant tout d'établir le diagnostic de tuberculose rénale, afin d'instituer au plus tôt le traitement de cette affection, qui ne différera pas de celui des autres formes cliniques.

^x OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Alfred T..., 35 ans, infirmier.

Le début des accidents remonte à octobre 1917. Le malade, alors mobilisé, est pris brusquement un soir de violentes douleurs dans la région lombaire et dans le flanc gauches; douleur en ceinture, à caractère continu, avec irradiations vers l'aîne et jusque dans le testicule. Des nausées et des vomissements alimentaires complètent la crise qui, au bout de quatre heures, cesse brusquement, laissant le malade s'endormir « avec sensation de bien-être ». Le lendemain et les trois jours suivants, les crises se renouvellent à la même heure, toujours égales dans leur durée, et semblables dans leur aspect. Le malade entre à l'hôpital militaire de Besançon, y reste trois semaines en traitement et sur la proposition de l'hôpital, est réformé en décembre. (Il avait subi en décembre 1912 une castration gauche pour tuberculose épидидymo-testiculaire, et avait eu, en 1915, une épидидymite droite qui avait évolué vers la guérison).

Six mois d'accalmie complète. Puis, au début d'avril 1918, quelques heures après le repas de midi, les phénomènes douloureux reparaissent, avec mêmes irradiations, toujours accompagnés de nausées et de vomissements. Les urines sont claires, pendant et après la crise, qui se reproduit quotidiennement pendant deux ou trois jours.

Nouvelle accalmie jusqu'au 26 octobre 1918, où vers 1 heure 1/4, après déjeuner, le malade est pris d'une crise violente qui évolue avec le tableau symptomatique habituel, mais qui dure jusqu'à 8 heures du soir. En même temps la température s'élève, et le malade est traité pour la grippe, qui était alors au fort de son épidémie. Une douleur sourde dans la région lombaire gauche persiste pendant cinq jours après la crise. Les urines sont troubles et le seront désormais à la fin de chacune des crises suivantes, pour redevenir absolument limpides dans l'intervalle des crises. Au bout de cinq jours, le malade se ressent encore de sa grippe, mais tout est rentré dans l'ordre du côté du rein.

En avril 1919, vers 2 heures de l'après-midi se produit une nouvelle crise, qui dure trois ou quatre heures, et se répète pendant trois ou quatre jours. Les urines sont très troubles et laissent au repos un dépôt abondant.

Deux crises légères et uniques se placent encore, l'une en juin, l'autre en novembre 1919.

Le 8 janvier 1920, une crise éclate dans la nuit. La douleur s'irradie comme à l'ordinaire dans les testicules. Mais, fait nouveau, et qui se reproduira au cours des crises suivantes, non seulement elle correspond au trajet de l'uretère, au point de donner au malade l'impression de coliques intestinales, mais elle descend tout le long de la face postérieure de la cuisse et des faces postérieure et externe de la jambe, pour aboutir au talon. Cet état dure pendant quatre ou cinq heures, et se reproduit pendant quatre ou cinq jours.

Fin avril 1920, mêmes phénomènes, durant quatre à

cinq heures, pendant trois ou quatre jours. Avec cette particularité qu'aux vomissements alimentaires succèdent des vomissements très pénibles, au cours desquels le malade vomit de la bile avec effort.

Une crise légère, en juillet 1920, dure deux jours et s'accompagne de l'élimination d'un petit grumeau, gros comme une lentille.

Enfin la dernière crise se produit le 4 septembre suivant. Très violente, elle persiste pendant huit jours. Les paroxysmes douloureux durent de trois à quatre heures, survenant tous les soirs jusque vers minuit, 1 heure. Mais dans leur intervalle, les accalmies ne sont plus complètes, et une douleur sourde persiste à l'état continu. Les urines, très chargées, laissent un dépôt abondant.

Le 12 novembre, le malade, qui ne ressent plus rien, entre à l'hôpital. Ses urines sont claires. L'examen somatique ne révèle rien, non plus que la radiographie. La cystoscopie ne montre pas de lésions vésicales.

On recourt au cathétérisme des uretères. La sonde, en abordant le bassinnet gauche, donne issue à 50 c. c. environ de liquide purulent et caséux qui y était retenu, et où l'examen bactériologique montre, après coloration, des bacilles de Koch.

Voici les résultats du cathétérisme :

	REIN DROIT	REIN GAUCHE
	Sang. Cellules épithéliales Cylindres épithéliaux Cristaux d'Oxalate de chaux.	Des leucocytes : 6 à 10 par champ.
Quant. totale recueillie	264 c. c.	198 c. c.
Urée, au litre.....	5 gr. 67	2 gr. 71
Quant. réelle éliminée.	1 gr. 49	0 gr. 53
Chlorures au litre....	1 gr. 75	2 gr. 34
Quant. réelle éliminée.	0 gr. 45	0 gr. 46

Le rein gauche, néphrectomisé le 27 novembre présente un aspect de tuberculose typique, généralisée à tout l'organe. Le bassinnet est dilaté, l'uretère épaissi.

OBSERVATION II

Charles S..., 43 ans, tôlier.

Le malade entre à l'hôpital, le 31 mai 1920, parce qu'il souffre du rein droit.

Le début s'est fait il y a 20 ans, par une crise ayant duré deux heures, avec violente douleur lombaire droite, non irradiée, avec vomissements. Une légère hématurie totale, non renouvelée depuis, est apparue à ce moment. Depuis cette époque jusqu'en 1904, les crises se sont reproduites à intervalles de un mois environ, toujours caractérisées par des douleurs lombaires, des vomissements et une absence de miction; la durée de ces accidents variait de six à sept heures.

Après avoir complètement cessé de 1904 à 1919, les crises ont reparu depuis un an, présentant la même fréquence, mais une durée moindre, influencées par la fatigue et les efforts.

A son entrée à l'hôpital le malade a de la pyurie, et une légère pollakiurie, il urine toutes les deux heures, jour et nuit.

L'examen ne révèle rien du côté des reins et des uretères. Mais les testicules présentent des noyaux épидидymaires durs, bien limités, reliquats d'une épидidymite double apparue en 1916, et ayant nécessité l'incision d'un point fluctuant de l'épididyme gauche, dont la suppuration a duré six mois. La prostate est normale. L'uretère présente un rétrécissement très serré.

Le malade a beaucoup maigri depuis quelques mois.

La radiographie montre deux taches au niveau du pôle inférieur du rein droit, taches assez mal limitées, de teinte très claire, mais manquant d'uniformité, et dont l'aspect est tel, que malgré l'histoire du malade, M. Marion élimine l'idée d'une calculose pour admettre celle de crétifications ou de dépôts phosphatiques dans une caverne tuberculeuse.

Le cathétérisme des uretères donne les résultats suivants :

REIN DROIT		REIN GAUCHE
		Très faible purulence amicrobienne.
Quantité totale recueillie.....	o	113 c. c.
Urée, au litre.....	o	12 gr. 30
Quant. réelle éliminée.....	o	1 gr. 38
Chlorures, au litre.....	o	5 gr. 10
Quant. réelle éliminée.....	o	o gr. 57

La néphrectomie droite est effectuée le 15 juin. Le rein est un peu gros, le bassinet dilaté, l'uretère épaissi. On sent une masse calculeuse au pôle inférieur du rein. La coupe montre à ce niveau une petite caverne contenant une masse boueuse à sables calcaires. Deux ou trois foyers semblables, mais plus petits, existent à la partie moyenne.

OBSERVATION III

G... Régis, 40 ans, cordonnier.

Le malade entre à l'hôpital, le 27 mai 1919, pour des crises douloureuses de la région lombaire droite, qui ont débuté il y a cinq ans; se produisant dans les premières années tous les deux mois, avec une durée d'une heure environ, elles surviennent plus fréquemment dans la suite, jusqu'à deux fois par mois. Leur durée augmente également, et varie de quatre à six heures. La douleur n'est pas localisée à la région rénale, elle s'irradie le long de l'uretère.

Une hématurie se produit trois ans après le début des accidents. C'est une hématurie totale, ayant duré

24 heures, intermittente, puisqu'une miction, au cours de la journée, a été non sanglante.

Les urines, normales au début, se troublent à la longue, surtout après les crises. Elles sont légèrement troubles au moment où le malade est hospitalisé. Il présente aussi une légère pollakiurie, sans douleur à la miction.

La palpation du rein et de l'uretère ne donne aucun résultat. La prostate est normale. Dans les antécédents on trouve une coxalgie gauche à 15 ans, un amaigrissement marqué depuis un an.

La radiographie est négative.

La cystoscopie ne révèle aucune lésion vésicale. Mais l'uretère droit est dévié et non cathétérisable, et l'on n'arrive pas à voir le méat urétéral gauche, même sous anesthésie générale.

On fait une constante d'Ambard et l'on obtient les chiffres suivants :

Urée sanguine	0.52
Urée urinaire	11.78
Débit urinaire	20.80
$K = 0.08$	

Devant ce résultat, on se décide, le 21 juin, à enlever le rein droit supposé malade, après s'être assuré au préalable par lombotomie que le rein gauche existe et paraît normal. On trouve le rein droit augmenté de volume; à la coupe il présente une caverne à son pôle supérieur.

OBSERVATION IV

R... Jules, 50 ans, instituteur.

Le malade entre à l'hôpital, le 17 mai 1920, pour des douleurs rénales droites. Ces douleurs ont débuté fin

juillet 1915 sous forme de crise de coliques néphrétiques, et se sont accompagnées d'une hématurie qui ne s'est jamais reproduite. Dans la suite, ces crises se sont renouvelées à intervalles irréguliers; mais la douleur, qui cessait brusquement avec la crise, existe depuis quelque temps à l'état sourd d'une façon permanente.

Le malade a eu, il y a 23 ans, une épидидymite gauche bacillaire, et, il y a 18 ans, une épидидymite droite.

La palpation de la région rénale droite réveille une légère sensibilité, mais le rein n'est pas perceptible. On sent de gros noyaux épидидymaires à droite et à gauche. Pas de déférentite. La prostate est normale, les urines sont claires.

Après cathétérisme des uretères, on trouve :

REIN DROIT		REIN GAUCHE	
Léger culot, avec purulence faible, mais nette et amicrobienne.		Culot très léger Pas de microbes.	
Quant. totale recueillie.	78 c. c.	101 c. c.	
Urée, au litre.....	10 gr. 10	14 gr. 90	
Quant. réelle éliminée..	0 gr. 80	1 gr. 04	
Chlorures, au litre.....	5 gr. 20	10 gr. 40	
Quant. réelle éliminée..	0 gr. 45	1 gr. 01	

La néphrectomie droite est opérée le 9 juin. On trouve une périnéphrite assez marquée. Le rein est gros, bosselé, caséeux et purulent. Lésions d'uretélite peu intense.

OBSERVATION V

Mauricette L..., 41 ans.

La malade, qui dans son passé avait été atteinte de tuberculose pulmonaire améliorée avec le temps et le

traitement, et qui depuis un an souffrait par intervalles, tantôt du rein droit (elle attribuait ce trouble à la fatigue), tantôt du côté droit du ventre (ce qui lui suggérait l'idée d'une appendicite, la malade est prise brusquement d'une crise douloureuse fin novembre 1918. Les douleurs siègent dans le côté droit du ventre et dans la vessie, à l'exclusion du rein, à tel point que le médecin traitant pense à une cystite; elles persistent, très violentes, pendant près de trois heures. Durant trois semaines les crises se renouvellent tous les jours, se reproduisant jusqu'à cinq fois en 24 heures; elles sont d'abord semblables à la première, puis la douleur finit par gagner le rein, dont la malade souffre violemment.

Trois mois s'écoulent, au cours desquels les crises s'espacent, ne se renouvelant plus que tous les trois jours, puis tous les cinq jours et présentant même une fois une accalmie de trente-et-un jours.

Au bout de ce temps elles affectent un caractère périodique qu'elles garderont désormais. Annoncées la veille par une légère douleur vésicale, elles apparaissent régulièrement tous les dix à douze jours. C'est d'abord une sensation de brûlure dans la vessie, qui augmente progressivement d'intensité, puis les douleurs gagnent le côté droit du ventre, se propagent à la cuisse, et atteignent enfin le rein, nécessitant alors, par leur violence, une piqûre de morphine. Des nausées, des vomissements complètent parfois la scène. Au bout de cinq à six heures, les crises cessent brusquement et la malade vaquait à ses occupations sans plus se soucier de son mal. Les urines étaient particulièrement troubles après la crise, parfois même boueuses.

Deux cystoscopies pratiquées en mars et en octobre par M. Marion, une radiographie faite par M. Demoulin, ne donnent aucun résultat. Mais les inoculations au cobaye de l'urine provenant du rein droit se montrent positives.

La malade entre à l'hôpital, le 16 janvier 1920, ne

présentant plus à ce moment que de la pyurie. Elle subit le lendemain la néphrectomie droite. Le rein est intact en apparence, mais, à la coupe, on trouve au pôle inférieur un assez gros tubercule abcédé et ouvert dans le bassinet.

OBSERVATION VI

V... femme L..., 27 ans, ménagère.

La malade qui, il y a 8 ans, avait eu un accouchement laborieux, ressentait depuis cette époque une sensation de pesanteur dans le rein gauche à la fatigue; lorsque fin novembre 1918, elle est prise brusquement de crises douloureuses subintrantes, d'une durée de dix minutes environ, se renouvelant à intervalles de 1/4 d'heure à un jour. La douleur, très violente au niveau du rein gauche, se propageait à la vessie, avec sensation de brûlure et ténésme vésical. Les urines étaient troubles et déposaient abondamment.

Ces phénomènes cessent au bout de huit jours et jusqu'à janvier 1920, il ne subsistera qu'une sensation de fatigue au niveau du rein. A ce moment survient une crise extrêmement violente. Les douleurs, qui durent dix minutes, et s'accompagnent des mêmes phénomènes vésicaux réflexes, se renouvellent une fois par jour au minimum, et le 6 février, la malade est hospitalisée. Elle urine toutes les trois heures, et accuse de la douleur à la fin de la miction. Les urines sont très troubles.

La palpation de la région rénale gauche est douloureuse, mais le rein n'est pas perceptible.

La cystoscopie et la radiographie ne donnent rien.

Le cathétérisme de l'uretère droit, associé à la mise

en place d'une sonde vésicale (l'uretère gauche n'étant pas perméable), donne les résultats suivants :

REIN DROIT (cathétérisé) Cellules. Quelques leucocytes isolés. Pas de microbes.		REIN GAUCHE (sonde vésicale) Un peu de pus. Cellules nombreuses.	
Quant. totale recueillie.	76 c. c.	113 c. c.	
Urée, au litre.....	12 gr. 80	5 gr. 10	
Quant. réelle éliminée..	0 gr. 97	0 gr. 57	
Chlorures, au litre....	5 gr. 40	9 gr. 60	
Quant. réelle éliminée..	0 gr. 45	1 gr. 08	

Le rein gauche, enlevé le 18 février, est nettement tuberculeux, et ne présente aucune lésion particulière.

OBSERVATION VII

R... femme G..., 28 ans, modiste.

La malade se fait hospitaliser, le 10 octobre 1918, parce que, depuis quatre mois, elle souffre continuellement du rein gauche.

Au mois de juin précédent, vers dix heures du soir, elle a été soudain prise, dans son lit, d'une douleur violente siégeant en arrière dans la région lombaire gauche, et s'irradiant en ceinture; douleur tellement vive qu'elle la compare aux douleurs de l'accouchement. En même temps apparaissent des phénomènes vésicaux réflexes : besoins fréquents et impérieux, suivis de mictions peu abondantes. La malade n'a rien remarqué d'anormal dans ses urines.

Depuis cette époque jusqu'à son entrée à l'hôpital, quatre mois après, les douleurs ont continué, presque constamment aussi violentes, sauf quelques rares rémissions d'une demi-heure au plus. Et presque tous les jours la malade reçoit une piqûre de morphine. La douleur, qui était d'abord localisée dans la région ré-

nale, finit par descendre le long de l'uretère jusqu'à la vessie. Cette cystalgie est intense, s'accompagnant de besoins impérieux, d'une irrésistible envie de pousser, de douleur après la miction. Les urines deviennent troubles.

Un mois avant s'était produite, de nuit, une hématurie qui avait duré pendant trois mictions.

A son entrée salle Lallier, la malade souffre un peu moins de son rein, mais elle souffre davantage après la miction. La région lombaire gauche est très douloureuse au palper. Les deux reins sont perceptibles, mais le gauche paraît plus volumineux. La capacité vésicale est excellente : 350 c. c. Les urines sont nettement purulentes.

A la cystoscopie, la vessie est rouge avec, par places, un aspect dépoli, et en certains points des plaques rouges de cystite. L'orifice uretéral gauche est surélevé, entouré d'une double rangée de bulles d'œdème.

L'uretère gauche ayant été imperméable au cours d'un premier essai de cathétérisme, on fait une radio qui ne révèle pas de calcul. Après un deuxième cathétérisme opéré avec succès huit jours plus tard, on enlève, le 23 octobre, le rein gauche.

L'uretère est épaissi, mais ne présente pas, non plus que le bassinet, de lésions spécifiques. Celles-ci sont localisées au niveau du rein, dont le pôle inférieur paraît sain, mais dont le pôle supérieur est occupé; et par des cavernes à parois épaisses contenant un liquide louche, et paraissant avoir terminé leur évolution; et par des tubercules en voie de ramollissement.

OBSERVATION VIII

Jeanne D..., 34 ans, couturière.

Il y a treize ans environ que la malade souffre des

reins, depuis qu'à cette époque elle a été opérée pour salpingite : on aurait trouvé, après guérison, le rein droit légèrement ptosé. Les crises douloureuses, d'abord très fortes, se sont calmées avec le temps, mais la malade a toujours conservé au niveau des reins, une sensation de barre qu'elle mettait au compte de la fatigue.

Une crise très forte a apparu au début d'avril 1919, qui a duré de trois à quatre heures du matin. La douleur siégeant des deux côtés de la région lombaire, s'irradiait à l'abdomen et à la cuisse.

Un mois plus tard, deuxième crise, semblable à la précédente.

Les douleurs de reins reparaissent quelques semaines après, et deviennent quotidiennes. Survenant surtout au moment des repas, elles sont très violentes et toujours bilatérales, toujours irradiées vers la cuisse droite, au point que la malade traîne la jambe.

Une recrudescence des crises en juin nécessite l'alitement pendant dix jours, durant lesquels la douleur est continue; mais, fait intéressant, elle se précise du côté droit. Il n'y a pas de troubles vésicaux, mais les urines contiennent de « petites peaux rosées ». La malade note une petite hématurie.

Le mois suivant elle s'alite définitivement jusqu'à son entrée à l'hôpital. A ce moment les reins rentrent progressivement dans l'ordre; ce sont les phénomènes de cystite qui dominant la scène : douleur à la miction, pollakiurie, pyurie abondante. La cystalgie est intense et la position debout l'accentue à tel point, que la malade se confîne au lit.

A son entrée, le 3 décembre 1919, on trouve les reins sensibles, le rein droit très augmenté de volume.

La cystoscopie montre des ulcérations vésicales, surtout marquées au niveau du méat urétéral droit. Après cathétérisme, on effectue, le 14 janvier 1920, la néphrectomie droite.

Le rein est gros, bosselé, d'aspect mastic.

OBSERVATION IX

Suzanne S..., 21 ans.

La malade entre à l'hôpital, le 19 mai 1919, pour des douleurs rénales droites. Ces douleurs ont commencé il y a cinq mois. Localisées dans la région lombaire, elles existent de façon à peu près continue, présentant fréquemment des paroxysmes sous forme de coliques néphrétiques. Pas d'hématurie. Pas de troubles vésicaux, en dehors de crises de rétention survenant de temps en temps, et nécessitant des sondages. La malade est en traitement pour une lésion du sommet droit.

Le cathétérisme urétéral donne les résultats ci-après :

	REIN DROIT	REIN GAUCHE
	Légère purulence amicrobienne	Pas de leucocytes appréciables.
Quant. totale recueillie	120 c. c.	248 c. c.
Urée, au litre.....	3 gr. 30	3 gr. 80
Quant. réelle éliminée.	0 gr. 39	0 gr. 94
Chlorures, au litre....	2 gr. 50	3 gr. 50
Quant. réelle éliminée.	0 gr. 30	0 gr. 86

Le rein droit, néphrectomisé le 7 juin, ne présente que des lésions microscopiques de tuberculose.

OBSERVATION X

V... femme D..., 30 ans.

La malade rentre, le 22 avril 1919, pour des douleurs rénales droites datant de deux ans, ayant augmenté progressivement d'intensité, entrecoupées de quelques crises plus vives. A son entrée, elle urine toutes les heures et demie, mais au moment des crises la pol-

lakiurie est beaucoup plus intense. Les urines sont troubles. Le rein droit, volumineux, est sensible à la palpation.

Après deux cathétérismes urétéraux pratiqués le 24 avril et le 6 mai, et dont le dernier surtout montre une infériorité fonctionnelle très nette du rein droit, on pratique, le 31 mai, la néphrectomie droite. Le rein est un peu gros; à la coupe on trouve dans le pôle supérieur une caverne à parois irrégulières, tomenteuses et rouges, sans produits caséeux. Dans la corticalité et sur les parois du bassinet, quelques granulations ou tubercules.

OBSERVATION XI

G... femme L..., 52 ans.

La malade rentre, le 28 mars 1919, pour des crises douloureuses du côté gauche rappelant absolument la crise de coliques néphrétiques. La douleur présente son maximum dans la région sous-costale gauche et s'irradie le long de l'urètre, accompagnée de phénomènes vésicaux réflexes : cystalgie et pollakiurie. Ces accidents ont commencé, il y a une douzaine d'années, par une crise qui a duré plus d'un mois, avec rétention complète d'urine pendant quatre jours. Par la suite, les crises se sont succédées, d'abord bi-annuelles, puis de plus en plus fréquentes et douloureuses, et compliquées de vomissements. La dernière crise, datant d'un mois, a été particulièrement violente et a duré une dizaine de jours.

Au moment des crises, la malade émet des urines troubles, qui se clarifient ensuite. Elle y a trouvé, récemment, de petits graviers qui s'écrasaient « comme du sel ».

A la palpation on ne réveille pas de sensibilité, et le rein n'est pas senti.

Après une radiographie négative et un cathétérisme urétéral qui montre une déficience azotémique et chlorurémique marquée du rein gauche, on pratique la néphrectomie le 7 mai. Le rein est d'aspect mastiqué.

OBSERVATION XII

D... Nadine, 25 ans, modiste.

La malade est admise salle Lallier, le 24 mars 1919, pour des douleurs dans tout le flanc droit et dans le bas-ventre. Ces douleurs remontent à deux mois. A peu près continues, elles s'accompagnent depuis quelque temps d'une légère douleur après la miction, sans qu'il y ait de pollakiurie. Jamais d'hématurie. Les urines sont légèrement troubles.

A l'examen, le rein droit est abaissé et gros, un peu douloureux à la pression. Rien aux points urétéraux.

A la cystoscopie l'orifice urétéral droit est légèrement entr'ouvert, entouré d'une zone rouge. Dans son voisinage on trouve une ulcération, et quelques plaques lenticulaires. Quelques exulcérations sont disséminées dans la vessie, en particulier au voisinage de l'orifice urétéral gauche.

L'uretère droit étant imperméable à la sonde, on cathétérise l'uretère gauche, et on place une sonde dans la vessie. On obtient :

REIN DROIT (sonde vésicale)	REIN GAUCHE (cathétérisé) Réaction leucocytaire peu marquée, amicrobienne.
Quant. totale recueillie.....	o 61 c. c.
Urée, au litre.....	o 17 gr. 10.
Quant. réelle éliminée.....	o 1 gr. 04
Chlorures, au litre.....	o 16 gr. 20
Quant. réelle éliminée.....	o 0 gr. 98

Le 12 avril, on enlève le rein droit. A l'ouverture de la pièce, on trouve un épaississement du bassinnet, qui est d'aspect tomenteux, et obstrué à la naissance de l'uretère. Dans le rein on trouve des granulations dissimulées, confluentes à sa surface sous forme de granulomes (pièce conservée).

OBSERVATION XIII

Louise R..., 32 ans.

La malade rentre salle Lallier, le 20 mai 1918, parce qu'elle souffre du côté droit. Localisées dans la région rénale et remontant à plusieurs années, les douleurs se sont accrues surtout depuis un an. A l'hôpital Tenon, où la malade était allée consulter, on avait diagnostiqué un rein mobile, et conseillé une ceinture qui n'apporta aucun soulagement.

Une hématurie totale est apparue il y a un mois.

La malade est néphrectomisée le 22 mai. On trouve un rein complètement détruit par des lésions ulcéro-caséuses.

OBSERVATION XIV

Yvonne B..., 22 ans.

Depuis cinq ans la malade souffre du rein gauche. D'abord ressenties seulement à la fatigue, les douleurs deviennent à peu près continues, calmées par le repos, surtout accentuées le soir, et quelquefois le matin. Pendant trois ans elles constituent l'unique symptôme. Ce n'est qu'au bout de ce temps que s'installe une cys-

tite qui devient si intense qu'elle prend le pas sur les douleurs rénales qui passent inaperçues.

La malade n'a jamais eu de grandes hématuries, mais quelques filets de sang à la fin de la miction.

Elle entre à l'hôpital le 12 janvier 1920. La palpation des reins réveille à gauche une vive sensibilité. La cystoscopie montre des lésions de cystite, et une ulcération au voisinage du méat urétéral gauche.

Le cathétérisme donne pour chacun des deux reins :

REIN DROIT		REIN GAUCHE	
Quelques cellules. Très rares leucocytes. Sang en petite quantité.		Quelques amas de rares leucocytes. Sang très peu.	
Quant. totale recueillie.	75 c. c.	19 c. c.	
Urée, au litre.....	9 gr. 90	2 gr. 10	
Quant. réelle éliminée..	0 gr. 83	0 gr. 03	
Chlorures, au litre.....	20 gr. 40	8 gr. 40	
Quant. réelle éliminée..	1 gr. 53	0 gr. 15	

Le rein gauche est enlevé le 28 janvier. Gros et bosselé à sa partie inférieure, il ne forme plus à ce niveau qu'une poche de pus sous tension.

OBSERVATION XV

Maurice B..., 30 ans.

Après avoir eu, en 1913, une hématurie qui a duré huit jours, et dont l'intensité a progressivement décroché dès le premier jour, le malade a été pris, vers la fin de la même année, d'une crise douloureuse. La douleur, qui siégeait dans la région rénale droite, s'irradiait le long de l'uretère jusqu'au testicule, accompagnée de besoins fréquents et impérieux d'uriner qui n'aboutissaient qu'à l'émission de quelques gouttes d'urine. Une miction abondante, à urines troubles, a marqué au bout d'une demi-heure, la fin de la crise.

Ces crises se sont renouvelées pendant toute l'année 1914, tous les mois d'abord, puis de plus en plus rapprochées jusqu'à reparaitre tous les deux jours. Leur durée augmentait en même temps et atteignait une heure.

En 1915 le malade n'a présenté que des troubles de l'état général qui se sont accentués en 1916, au point de le faire réformer, cependant que s'installait une cystite rebelle à tout traitement. Les douleurs rénales avaient pendant ce temps disparu.

A son entrée salle Civiale, le 7 juillet 1919, le malade présentait un rein droit un peu gros, assez sensible et une cystite très marquée.

Le rein droit néphrectomisé le 9 juillet, n'était plus qu'une poche suppurée, en voie de prendre l'aspect mastïc.

OBSERVATION XVI

Jean D..., 43 ans.

Le malade entre le 21 novembre 1913 pour pyurie.

Le début de sa maladie s'est fait brusquement un an avant, le 15 octobre 1912. Vers deux heures du matin, le malade a été réveillé par une douleur violente occupant la région rénale gauche, et le forçant à se « plier en deux »; elle n'a été calmée que par la morphine. Elle a persisté pendant quinze jours, toujours localisée en arrière, accompagnée de vomissements, de hoquet, de frissons, de fièvre atteignant 38 et 39°. Après trois semaines de traitement au lit, le malade est envoyé à Beaujon pour une radiographie qui ne donne pas de résultat. Il rentre chez lui, prend froid au cours du trajet, et fait une pleurésie qui le tient au lit pendant deux mois avec persistance de la fièvre et des douleurs lombaires.

Son médecin l'envoie à ce moment à l'hôpital Gouin

(Clichy) pour y être opéré. Il est si affaibli qu'on refuse toute intervention jusqu'à ce qu'une alimentation réparatrice ait amélioré son état général. Alors se produit un phénomène intéressant : brusquement les urines deviennent très troubles, laissant au fond du bocal un dépôt de plusieurs doigts, elles sont de plus très fétides. Cette décharge urinaire dure deux jours et est suivie d'une amélioration très nette : plus de fièvre, la douleur disparaît. Un mois après, le malade reprend son métier de chauffeur qu'il continue jusqu'au 15 octobre.

A cette date nouvelle crise, qui débute par de la céphalée et de la courbature. La fièvre et la douleur rénale reparaissent; celle-ci s'irradie vers la cuisse gauche. De nouveau les urines se troublent. De plus la région lombaire gauche se tuméfie, le malade n'arrive plus à boutonner son pantalon. Après huit jours de traitement chez lui, il retourne à l'hôpital de Clichy où on refuse encore de l'opérer, parce qu'il tousse. Pendant le séjour qu'il y fait, il présente du hoquet, émet des urines troubles. Ce trouble des urines augmente progressivement, cependant qu'au bout de six jours le hoquet et la tuméfaction disparaissent.

A son entrée salle Civiale on trouve dans la région rénale gauche une contracture de défense. La palpation fait sentir le bord convexe du rein. On note de la douleur à la pression, à gauche, au niveau des points costo-lombaire et sus-intra-épineux.

La capacité vésicale est de 500 grammes. Après cathétérisme urétéral on obtient :

REIN DROIT		REIN GAUCHE	
Quelques cellules sans microbes.		Quelques cellules sans microbes.	
Quant. totale recueillie	120 c. c.	60 c. c.	
Urée, au litre.....	10 gr. 40	6 gr. 50	
Quant. réelle éliminée.	1 gr. 24	0 gr. 39	
Chlorures au litre.....	10 gr. 01	6 gr. 10	
Quant. réelle éliminée.	1 gr. 20	0 gr. 36.	

La néphrectomie gauche, opérée le 13 décembre, montre un rein nettement tuberculeux, et une périnéphrite assez marquée.

OBSERVATION XVII

B... femme F..., 26 ans.

En octobre 1913, la malade qui avait depuis longtemps remarqué du sable dans ses urines, a été prise de crises douloureuses, intermittentes, siégeant dans la région lombaire gauche, avec irradiations en ceinture. Ces crises, très pénibles, se produisaient à n'importe quel moment de la journée, sans que le mouvement ou le repos eussent une influence sur elles. Elles duraient environ une heure, rarement plus, et se répétaient une, deux fois et jusqu'à quatre ou cinq fois par jour. La malade souffrait ainsi de huit à dix ou quinze jours, puis tout rentrait dans l'ordre pendant deux à trois semaines. Les mictions, qui pendant les crises étaient douloureuses et se produisaient toutes les cinq minutes redevenaient normales entre les crises.

Le 15 décembre, une crise beaucoup plus intense que d'habitude durait deux heures, au bout desquelles la malade émettait une assez grande quantité de sable rougeâtre.

Depuis les douleurs ont été moins fortes et le sable n'a plus reparu dans les urines.

A l'entrée à l'hôpital, le 1^{er} avril 1914, les douleurs rénales ont disparu, laissant seulement une pesanteur du côté gauche. Les mictions sont normales comme fréquence, mais suivies de douleur.

Un an auparavant est survenue une poussée de bacillose au sommet droit.

Les deux reins sont perceptibles. A gauche le point sous-costal antérieur et les points uretéraux sont sensi-

bles à la pression. La capacité vésicale est de 200 c. c. Les urines sont troubles.

La cystoscopie montre de nombreuses granulations et ulcérations tuberculeuses sur le côté gauche de la vessie. Le cathétérisme des uretères donne comme résultat :

REIN DROIT		REIN GAUCHE	
Quelques rares leucocytes. Aucun microbe.		Leucocytose nette, mais sans purulence définie. Aucun microbe.	
Quant. totale recueillie	151 c. c.	47 c. c.	-
Urée, au litre.....	8 gr. 54	8 gr. 67	
Quant. réelle éliminée.	1 gr. 28	0 gr. 40	
Chlorures, au litre....	5 gr. 08	6 gr. 01	
Quant. réelle éliminée.	0 gr. 76	0 gr. 28	

La néphrectomie gauche est effectuée le 21 avril. Le rein présente de nombreuses granulations, et à la coupe, deux ou trois petites cavernes et une papille entièrement détruite.

OBSERVATION XVIII

B... Marie-Anne, 31 ans.

La malade entre, le 15 avril 1914, pour des douleurs dans le rein gauche.

Traitée pour de l'albuminurie depuis trois ans, elle a commencé à souffrir de son rein gauche il y a dix-huit mois. La douleur est sourde et continue, avec tous les trois jours des crises plus vives, qui commencent dans l'après-midi et durent jusqu'au matin accompagnées d'une forte élévation de température qui dépasse 40°.

A la palpation le rein gauche est énorme, globuleux, très douloureux. Le rein droit n'est ni douloureux, ni perceptible.

La capacité vésicale est bonne : 200 c. c., les mic-tions sont normales. Les urines, foncées et rougeâtres

pendant les crises, sont claires entre les crises. Rien à la cystoscopie.

Le résultat du cathétérisme fait abandonner le diagnostic de rein polykystique primitivement porté pour celui de tuberculose rénale bilatérale. On trouve en effet :

	REIN DROIT		REIN GAUCHE
	Très nombreuses cellules. Leucocytose nette. Pas de microbes.		Leucocytose forte, à la limite d'un. légère purulence. Pas de microbes
Quant. totale recueillie	21 c. c.		27 c. c.
Urée, au litre.....	15 gr. 87		16 gr. 07
Quant. réelle éliminée.	0 gr. 33		0 gr. 43
Chlorures, au litre....	14 gr. 20		15 gr. 10
Quant. réelle éliminée.	0.gr. 29		0 gr. 40

OBSERVATION XIX

Eugénie H..., 26 ans.

La malade entre le 5 novembre 1913 pour douleurs dans le côté droit.

Le début s'est fait, il y a quatre mois, par de violentes douleurs, survenant par crises sans cause apparente. La première crise a duré environ 12 heures, les autres à peu près deux heures, séparées par des accalmies d'une demi-heure. La malade a ainsi presque continuellement souffert pendant cinq jours, et est restée alitée. Ces douleurs avaient leur maximum : en arrière, dans la région rénale droite; en avant, sous le rebord costal, et elles s'irradiaient tout le long de l'uretère jusque vers la racine de la cuisse, souvent accompagnées de vomissements. En même temps apparaissait une pollakiurie diurne et nocturne assez marquée (toutes les heures), et de la dysurie. Les urines, claires avant la crise, étaient uniformément troubles. Elles le sont devenues un peu moins dans la suite, mais sans s'éclaircir complètement. Pas d'hématurie, pas d'émission de sable.

Au bout de cinq jours les crises ont disparu, et la

malade n'a plus ressenti qu'une douleur sourde, intermittente, qu'elle compare à une brûlure. Cette douleur, exaspérée par la pression et le mouvement, l'empêche de dormir.

A l'examen, on trouve le rein droit très abaissé, mobile, non augmenté de volume, régulier et lisse. Il est douloureux à la palpation. Au niveau de l'uretère droit on réveille de la douleur aux points para-ombilical et de Tourneux.

La capacité vésicale est de 240 c. c.

La cystoscopie montre quelques plaques rouges; les orifices urétéraux sont normaux.

Un essai de cathétérisme, le 7 novembre, permet de cathétériser l'uretère gauche, mais la sonde s'arrête dans l'uretère droit à 7 cm., et ne progresse pas, malgré le renversement de la malade. On pousse par cette sonde une injection de nitrate : le liquide reflue le long de la sonde dans la vessie. Une sonde plus petite est arrêtée aussi à 7 cm., et une nouvelle injection reflue comme la première, cependant que l'on voit le contenu vésical se troubler. La sonde droite, après fixation, ne donne rien.

Un deuxième essai est tenté le 19 novembre. La sonde urétérale d'abord arrêtée peut, après renversement de la malade, être poussée jusqu'à 20 cm. dans l'uretère droit. Elle met en évidence une rétention considérable dans le bassinet, plus de 100 c. c. On laisse la sonde en place. Et l'on met une sonde dans la vessie pour recueillir l'urine provenant du rein gauche.

Le 22 novembre, le rein droit est enlevé. Il est très volumineux, bosselé, et présente deux ou trois caverne purulentes. L'uretère épaissi, est dilaté et coudé.

OBSERVATION XX

Geneviève B..., 20 ans.

La malade entre, le 6 novembre 1913, pour des dou-

leurs de l'hypocondre gauche irradiées dans la fosse iliaque gauche.

Elle a eu à 12 ans une coxalgie qui a présenté une poussée congestive récente, il y a 22 mois.

Il y a environ un mois et demi que la malade a commencé à souffrir dans l'hypocondre et la fosse rénale gauches. La douleur survient à n'importe quel moment. D'abord minime, elle s'accuse rapidement, pour devenir très vive, gênant la respiration. Elle s'accompagne parfois de vomissements et disparaît progressivement sans que la fin en soit marquée par de la polyurie. Assez diffuse, elle est surtout vive dans l'hypocondre gauche, et s'irradie dans la fosse iliaque du même côté.

A l'entrée salle Lallier, les urines sont nettement purulentes. Bonne capacité vésicale : 300 c. c. Rien à la palpation des reins et des uretères.

A la cystoscopie, la vessie est déformée (probablement par la coxalgie droite), et comme reportée à gauche. L'orifice urétéral droit est normal, mais est situé presque sur la ligne médiane. L'orifice gauche, difficilement visible, est limité par deux bulles d'œdème, au milieu desquelles un flocon de pus semble l'obstruer. Pas d'ulcérations.

La sonde urétérale gauche, poussée à 20 cm. laisse s'écouler 40 c. c. de pus très abondant, très épais, qui était retenu dans le bassin. Après cathétérisme on trouve :

REIN DROIT		REIN GAUCHE	
Pas de pus, quelques leucocytes. Cellules		Enorme purulence amicrobienne, mais avec débris douteux acido-résistants.	
Quant. totale recueillie.	31 c. c.	35 c. c.	
Urée, au litre.....	19 gr. 51	4 gr. 40	
Quant. réelle éliminée..	0 gr. 60	0 gr. 15	
Chlorures, au litre.....	1 gr. 10	1 gr. 10	
Quant. réelle éliminée..	0 gr. 63	0 gr. 03	

Après néphrectomie, le 20 novembre, le rein gauche ne présente rien de particulier. Le bassin est légèrement dilaté, l'uretère épaissi.

OBSERVATION XXI

Auguste Z..., 22 ans, mécanicien.

Le malade rentre, le 17 janvier 1921, pour une épидidymite droite, et pour des crises douloureuses dans la région rénale droite.

La première crise a brusquement éclaté fin janvier 1919; elle a duré deux heures. La douleur, très violente au niveau du rein droit, irradiait le long de l'uretère. Elle s'accompagnait d'une hématurie qui a persisté après la crise.

Une deuxième crise en mars 1920 dure deux à trois heures. La douleur présente les mêmes caractères, et le malade accuse une pollakiurie très marquée. Une hématurie complète le tableau et se prolonge pendant deux à trois jours.

La troisième et dernière crise, le 26 décembre 1920, est en tous points semblable à la précédente, et se complique aussi d'hématurie.

A son entrée, le malade présente une épидidymite droite, volumineuse, dure, généralisée à tout l'organe; et qui, survenue en 1919, a été par deux fois incisée, en septembre et en novembre de cette même année.

Pas de points douloureux rénaux, ni urétéraux. La cystoscopie ne révèle pas de lésions vésicales. Les urines sont troubles.

Des inoculations au cobaye, pratiquées antérieurement ont été positives. Deux radiographies successives n'ont pas donné de résultat.

Le cathétérisme des uretères, effectué le 24 janvier, donne pour le rein droit une quantité d'urine égale à 175 c. c., les chiffres de l'urée et des chlorures éliminés en deux heures étant respectivement de 0 gr. 72 et de 0 gr. 44. Pour le rein gauche on trouve 256 c. c. d'urine, 2 gr. 06 d'urée et 0 gr. 73 de chlorures. A la fin de l'opération le malade, qui cependant avait une sonde vé-

sicale de contrôle, émet spontanément 400 grammes d'urine renfermant 1 gr. 30 d'urée et 0 gr. 93 de chlorures. Une nouvelle cystoscopie ne montre cependant pas de méat urétéral double.

Le rein droit est néphrectomisé le 2 février. Le bassin est un peu dilaté, l'uretère épaissi. A la coupe on trouve 3 ou 4 petites cavernes au pôle supérieur.

CONCLUSIONS

I. — La forme douloureuse de la tuberculose rénale est une forme assez fréquente (12,85 % d'après notre statistique), pour qu'on doive toujours y penser en présence d'un état rénal douloureux, quelle que soit l'intensité de la douleur.

II. — Le diagnostic différentiel avec la calculose ne pourra généralement pas être fait à l'aide des seuls signes cliniques, exception faite pour l'émission de sables ou de grayiers. Ce signe joint à une radiographie positive doit faire affirmer la néphrolithiase. La coexistence des deux affections est rare : il faudra cependant y penser.

III. — Le diagnostic positif de la tuberculose rénale doit être poursuivi sans tarder si le diagnostic de calculose n'a pu être porté, tant est grand pour le malade le danger d'un retard dans l'institution du traitement approprié.

IV. — L'examen histo-bactériologique du culot

urinaire, la cystoscopie, l'inoculation des urines au cobaye, la recherche des éliminations chlorurées et azotées des deux reins séparés, ne permettent pas l'erreur.

LE DOYEN,
ROGER.

Le Président de la Thèse,
Paul BAR.

Vu et permis d'imprimer :
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

ALBARRAN. — *Thèse de Paris*, 1889. — *Traité de Chirurgie de LE DENTU et DELBET* (Maladies du rein).

ALSBERG. — *Munch. med. Woch.*, 1898.

AUVRAY. — *Soc. anat.*, juin 1899.

BERTON. — *Thèse de Paris*, 1899.

BOECKEL. — *Thèse de Nancy*, 1912.

CAILLAUD. — *Thèse de Paris*, 1895.

F. CATHELIN. — *Conférences cliniques et thérapeutiques de pratique urinaire*. BAILLIÈRE, 2^e édition, page 290.

DAVID. — *Thèse de Paris*, 1895.

ESCAT. — *Marseille Médical*, n^o 1, page 25, 1^{er} janvier 1914. — *Marseille Médical*, 1^{er} mars 1910.

HALLÉ. — *Thèse de Paris*, 1887.

KLYNENS. — *Tuberculose et calculose rénale* (*Société Belge de radiologie*, 2 décembre 1909).

LEGUEU ET PAPIN. — *Précis d'Urologie*, Maloine 1921.

LOUMEAU. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1909, page 633.

MARION. — Formes de la tuberculose rénale (*Journal des praticiens*, 26 mars 1910, t. XXIV, n° 13). — *Leçons de Chirurgie urinaire*, Masson, 1912.

NEWMAN (David). — Cases simulating renal calculus (*Glasgow Medical Journal*, avril 1919, pp. 204-215).

PILLET (E.). — Tuberculose rénale à forme anormale (*Journal d'Urologie*, t. V, n° 5, 15 mai 1914, pp. 595-599).

RAFIN. — Mode de début de la tuberculose rénale (*Journal d'Urologie*, t. I., n° 6).

ROSVING (Th.) — La tuberculose du rein (*Revue clinique d'Urologie*, mai 1913, p. 263).

TUFFIER. — *Ann. génit. urin.*, 1893. — *Archives de médecine*, 1892.

WILDBOLZ. — Die tuberkulose der Harnorgane, C. MARHOLD, Halle-a-S., 1912.
